

Encyclo

Revue de l'École doctorale ED 382

Économies

Pensée critique

Espaces

Politique

Sociétés

Pratiques sociales

Civilisations

L'HABITAT COMME REFLET DE LA SANTÉ PSYCHIQUE

L'habitation est un espace investi et vécu par le sujet. Cela signifie qu'en dehors des déterminismes repérables, le rapport à l'habitat dépend de la manière dont la personne peut et va activement s'approprier un lieu. La psychopathologie, nourrie du travail d'analyse psychodynamique, permet de percevoir dans les phénomènes pathologiques une altération des processus qui sous-tendent le vécu de l'habitat. La continuité entre normal et pathologique nous permet ainsi de souligner, au travers des méthodes de soin des troubles psychiques, des considérations sur ce qu'habiter signifie d'un point de vue subjectif.

Certains troubles psychiques se manifestent ainsi, entre autres symptômes, par l'incapacité d'habiter de manière pérenne dans un lieu. Cela peut se présenter sous différentes formes : la dégradation de l'habitat, son encombrement jusqu'à le rendre inhabitable, des comportements induisant l'exclusion par le voisinage. Ces problématiques peuvent par ailleurs être rapprochées des situations de « voyage pathologique¹ », qui traduisent l'impossibilité pour une personne de vivre de manière continue dans un lieu donné.

Ce travail restitue un aspect d'une recherche effectuée parallèlement à une pratique de psychologue, dans différentes institutions médico-sociales avec hébergement, destinées à des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Un enjeu du soin de ces personnes est de faire la part de la pathologie mentale et des souffrances psychiques d'origine sociale², face à leur difficulté dans le rapport avec l'habitat. Au travers de situations variablement pathologiques, soulignant des dysfonctionnements dans l'utilisation d'un habitat, se dégagent ainsi des éléments de compréhension sur ce que représente pour tout sujet

* Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS), Université Paris Diderot - Paris 7.

¹ Terme désignant, en psychopathologie, des départs du lieu de vie habituel, plus ou moins éloignés et durables, motivés par des idées délirantes.

² Antoine LAZARUS et Hélène STROHL, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », La documentation française, 1995.

le fait d'habiter quelque part. Cela permet également une mise en perspective des mécanismes psychiques en jeu dans l'appropriation d'un lieu de vie.

Lieu de vie et sentiment de sécurité

La psychiatrie a été constituée comme spécialité médicale au début du XIX^e siècle parallèlement à l'émergence de l'idée que « Ce sont les murs qui soignent³ ». Cela renvoie au sens noble du terme asile, qui désigne un lieu dans lequel on est – et surtout on se sent – protégé et en sécurité. L'apaisement que procure parfois aux patients l'hospitalisation (ou l'institutionnalisation) montre effectivement le lien fondamental entre la santé psychique de l'individu et le fait de vivre dans un environnement vécu comme sécurisant.

La protection des personnes dont les capacités d'intégration dans le tissu social sont altérées est une mission primordiale de la psychiatrie. Néanmoins, elle ne représente aujourd'hui qu'un seul aspect de l'ensemble des pratiques en santé mentale, expression qui désigne une approche sociale du soin psychique, relative aux politiques de prévention et de soin en psychiatrie⁴. Le maintien dans un tel environnement au-delà de sa nécessité s'avère iatrogène. Le polymorphisme des dispositifs de soin met aujourd'hui l'accent sur l'accompagnement vers la réhabilitation des personnes. La psychiatrie est ainsi une discipline atypique dans le champ de la médecine, car sa pratique exige la prise en compte de facteurs hétérogènes : biologiques, mais aussi subjectifs et sociaux.

Ainsi donc, si les dispositifs de soins appropriés pour les plus vulnérables demeurent parfois des lieux fermés, la grande majorité des patients a davantage besoin d'ouverture vers l'extérieur que d'isolement. La marginalité suscitée par les troubles psychiatriques ou la grande précarité peuvent provoquer une rupture dans la confiance accordée au lien social. Elles peuvent alors se cristalliser sous la forme d'un syndrome d'auto-exclusion⁵, compromettant toute démarche de rétablissement.

³ Propos attribués à Jean-Etienne Esquirol, in Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976.

⁴ Claude EVIN, « Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale », *Journal officiel*, 3 avril 1990.

⁵ Jean FURTOS (dir.), *Les cliniques de la précarité – Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008.

Les établissements variés de séjour à long terme (hôpital psychiatrique, maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, maison relais, etc.) sont usuellement désignés comme « lieux de vie », et effectivement les patients y séjournent souvent pendant de longues périodes. L'enjeu clinique qui y apparaît le plus souvent est de pouvoir fournir les conditions pour que les personnes se sentent en sécurité. Cette sécurité traduit la possibilité d'avoir – et de maintenir – une intimité qui, à cause de leur pathologie, peut être vécue comme totalement perméable aux autres⁶. Les soignants peuvent aider à constituer ce vécu par des moyens très divers, du traitement médical jusqu'aux méthodes psycho-éducatives, en passant par l'aménagement des espaces.

Ces dispositifs maintiennent également – au moins comme horizon – la perspective qui émerge du collectif, c'est-à-dire celle du partage avec des pairs, là où initialement n'existait qu'une vie en collectivité.

La pratique dans une « Maison d'accueil spécialisée⁷ », dédiée à la prise en charge de personnes porteuses d'un handicap psychique⁸, permet d'observer les étapes nécessaires à ces personnes pour gagner progressivement un périmètre de circulation dans leur environnement de vie.

Dans les premières semaines, la chambre (voire le lit) est parfois le seul espace sécurisant. Au fil des semaines et des mois, les personnes s'approprient ses services, avant de passer progressivement à l'exploration de l'établissement et de ses environs.

Pour chaque étape, et de manière individualisée, il est nécessaire de se poser la question de comment formaliser les limites, le dedans et le dehors, la possibilité ou non d'être en contact avec les autres. Les manifestations d'angoisse, souvent désignées comme « troubles du comportement », peuvent très souvent être amoindries, voire rendues inutiles par l'environnement, quand celui-ci comble les lacunes d'intériorisation ou de tolérance à l'interaction avec les autres.

Le travail des soignants face à ce genre de pathologie revêt alors des aspects hétérogènes. Chaque geste du quotidien, de l'espace, chaque ritualisation de l'utilisation des lieux peut alors servir à la sécurisation des résidents, dont l'objectif principal est une meilleure qualité de

⁶ Paul-Claude RACAMIER, *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, 1970.

⁷ Établissement médico-social proposant un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants.

⁸ Notion introduite par la loi du 11 février 2005, qui permet de désigner le retentissement social des troubles psychiques en les distinguant des autres formes de handicap, physiques mais surtout mentales.

vie. Cet objectif se poursuit par l'évitement des situations de grande proximité, qui seraient anxiogènes. Il s'agit ainsi de mettre en place des moyens pour aider ces personnes à sentir les différences entre un « intérieur » sécurisant, et l'extérieur comme espace d'expériences et d'échanges.

Les difficultés relationnelles des personnes psychotiques peuvent ainsi être figurées comme un besoin d'être aidées à avoir leur espace et pouvoir se retrouver dans leurs pensées pour se rassurer, tout en étant protégées du contact avec les autres personnes, parfois vécu comme insupportablement intrusif.

Le sentiment de sécurité dépend de la possibilité concrète et psychique de se mettre en retrait. Cette possibilité correspond à la constitution, spontanée ou permise par l'aide de l'institution, d'un registre de l'intimité⁹. La possibilité d'être seul et de s'isoler est ainsi un facteur protecteur contre le stress, du « cocooning » ponctuel et normal, à la sociabilité restreinte nécessaire à certains patients.

Identité et habitation

La capacité de vivre dans un environnement de manière pérenne est au centre de certains dispositifs médicaux-sociaux. Ils visent au soin ou à la réhabilitation des personnes dont les troubles psychiques suscitent des mécanismes de précarisation, voire d'auto-exclusion¹⁰. Le travail sur les habiletés psychosociales¹¹ participant à la capacité d'occuper un lieu nous renseigne sur un aspect des rapports entre identité et habitation. L'habitat est un besoin primaire sur le plan prosaïque mais aussi psychique, et inversement la baisse de l'autonomie d'une personne peut parfois se refléter en premier lieu par une dégradation de son environnement de vie¹².

La variété des dispositifs médico-sociaux met en évidence la

⁹ Perla SERFATY-GARZON, *Chez-soi : les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin, 2003.

¹⁰ Jean FURTOS (dir.), *Les cliniques de la précarité – Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, op. cit.

¹¹ Notion introduite en 1993 par l'OMS. Elle décrit « La capacité d'une personne de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne et l'aptitude d'une personne de maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement », dans World Health Organization (WHO), *Life skills education in schools*, Genève, WHO, 1997.

¹² Le syndrome de Diogène par exemple qui se traduit progressivement par l'encombrement et l'insalubrité du lieu de vie.

séparation souvent artificielle entre troubles psychiques et difficultés sociales, à l'encontre des pratiques anciennes en santé mentale de « gardiennage » (sans perspective évolutive des patients), ou des prétentions abusives au traitement exclusivement neurobiologique. Il est toujours nécessaire de pouvoir faire référence à des approches pluridisciplinaires pour distinguer ce qui, des difficultés sociales, psychiques et des fragilités constitutionnelles, engendre la difficulté de participer à la vie collective.

Ces lieux de vie recouvrent néanmoins des réalités très différentes. Ils correspondent à des besoins variables et à des différents niveaux d'intervention sur les plans médical, social, psychologique et éducatif. Ces différents niveaux d'intervention s'avèrent diversement utiles au cours de la prise en charge. Ils mettent en œuvre à la fois des logiques d'évaluation des habiletés psychosociales et un questionnement sur la manière dont la personne souhaite les utiliser.

M. R a 25 ans quand il arrive dans un dispositif d'appartements thérapeutiques¹³. Son parcours dans la pathologie commence à l'adolescence avec des bouffées délirantes, suivies dans les années postérieures de troubles de l'humeur. À 20 ans et à la veille des examens d'une formation professionnalisante, une décompensation sur un mode délirant aboutit à une hospitalisation sous contrainte de 10 mois. Par la suite, se pliant aux traitements, il semble parfaitement stabilisé.

L'objectif de ce patient est de trouver une voie qui lui plaît pour réussir, et sortir du milieu psychiatrique. Il se caractérise par la qualité de son expression verbale et de sa présentation, ainsi que par les habiletés sociales et professionnelles dont il a pu faire preuve par périodes. Malgré une famille qui a longtemps cherché à le soutenir, le parcours de M. R est cependant ponctué d'une succession des séjours dans des « lieux de vie » et de retours dans la rue, ainsi que de l'échec des multiples tentatives de réinsertion.

Les équipes psychiatriques, éducatives et associations partenaires qui se sont succédées, séduites par ce patient compliant et stabilisé, ont l'espoir qu'il parviendra à « s'en sortir ». Néanmoins, chaque fois que le moment d'aboutir semble être venu, c'est-à-dire de s'inscrire durablement dans un habitat et dans une activité, une inflation symptomatique l'enferme dans un impossible qui le contraint d'abandonner le projet, de fuir, ou de se faire hospitaliser.

¹³ Appartements implantés dans la cité mais considérés comme des dispositifs de soin, à visée de resocialisation pour des patients stabilisés. Certains dépendent directement de l'hôpital psychiatrique et d'autres sont pris en charge par des associations.

La prise en charge strictement médicale, initialement mise en place, avait conduit à une marginalisation progressive jusqu'à l'exclusion. À l'inverse, les accompagnements sociaux, qui l'appréhendaient uniquement comme un jeune homme en situation de précarité, avaient confronté la nécessité de soins psychiatriques sur le long terme. Elles ont ainsi alterné des décompensations sur un mode délirant face à la consolidation de ses projets, et des effondrements dépressifs lorsque la question psychiatrique était éludée par son observance et stabilisation.

Le projet idéal de retour à la vie « normale », sous-tendu par une image de soi mégalomane à bas bruits, lui permettait des liens positifs avec les environnements médico-sociaux et une vie sociale satisfaisante en tant que jeune en situation de précarité. Néanmoins, ce fonctionnement était mis en tension par le désir de s'approprier les insignes du jeune « qui s'en sort » véhiculés par son environnement (personnel et soignant).

Il a fallu un effort longtemps tenu pour établir un lien ni menaçant ni séducteur, lui permettant de questionner son intransigeance quant à la volonté de « sortir » du soin psychiatrique. Ce travail a semblé indissociable d'une démarche éducative lui permettant de faire des acquisitions et de se confronter de manière moins brutale au constat de ses incapacités dans la gestion de son logement.

Le travail de réhabilitation a ainsi exigé de ne pas valider ni les figures de marginalisation ni les images d'insertion idéalisées présentées tour à tour par M. R.. Cela a permis la construction d'une identité intégrative de différents aspects de sa personnalité. La coordination des approches a donc rendu possible d'esquisser un seuil de handicap, pour permettre ensuite la reconstruction d'un projet pérenne auquel il adhérerait authentiquement.

La sécurité acquise quant à son image, dans une structure lui permettant un travail multidimensionnel sur le long terme, a permis d'établir sur mesure la stratégie qui allait lui permettre d'évoluer au sein d'un même lieu, au travers de remaniements de son identité de « jeune en difficulté » et de malade.

Cette prise en compte d'un comportement symptomatique, associée à une visée de réhabilitation psycho-sociale, a permis d'acquérir, par l'entremise d'établissements spécialisés, l'inscription continue dans le champ de l'activité et du partage. Par le biais du travail effectué lors de visites à domicile, la réintégration dans un appartement autonome (de droit commun) est ensuite devenue possible. Elle a alors permis une expérience d'accomplissement, à un sujet qui auparavant sabotait systématiquement ses projets, « parfaits » mais trop exigeants.

En dernier lieu, la possibilité d'avoir un « chez soi¹⁴ », de pouvoir s'approprier un lieu et ce qu'il représente comme place dans la société, apparaît comme une condition de la possibilité de rompre avec des mécanismes de défense répétant et provoquant les situations d'exclusion. L'habitat est un lieu où l'on peut se poser la question de savoir qui l'on est, mais aussi un lieu d'où l'on peut aller vers les autres, parce qu'on a pu se demander qui l'on souhaiterait être¹⁵. L'habitat reflète ainsi l'expression d'une construction psychique mais aussi l'exercice de ses capacités psychosociales, permettant les échanges avec son environnement humain et culturel.

L'usage des habiletés psychosociales

La difficulté le plus souvent rencontrée avec des sujets ayant eu une expérience de vie en situation de grande précarité est la répétition de l'exclusion. La répétition signe habituellement la part de détermination d'une difficulté psychique. Dans ces situations, cela se traduit par une mise en échec des projets de réinsertion proposés par les professionnels qui accompagnent les personnes en question. Des échecs qui montrent souvent l'écart entre ce que les gens sont en mesure de faire avec un étayage, et ce dont ils sont capables de manière autonome et pérenne. Il est ainsi fondamental que les professionnels perçoivent de quelle manière ils sont appelés – inconsciemment – par leurs usagers à une reproduction d'un schéma de rejet et d'exclusion.

Cela exige l'acceptation d'éléments identitaires renvoyés par l'environnement. Les différents « lieux de vie » proposés dans le champ médico-social mettent ainsi souvent l'accent sur l'importance du temps de l'accueil. Leur fonction première est de permettre à la personne de se sentir à sa place, quelle que soit sa présentation. Les tentatives de « responsabilisation » d'emblée, de contrat ou contrainte – ou autres désignations de bonne intention signifiant que le sujet doit être moteur d'emblée de sa prise en charge – se succèdent le plus souvent par des échecs ou par la fuite des personnes, qui ne se sentent pas capables de répondre aux exigences institutionnelles.

Pour permettre aux personnes d'essayer de revenir à des fonctionnements adaptés, et leur permettre d'habiter au sens propre un lieu et la place qu'il représente dans la collectivité, il faut d'abord leur faire percevoir qu'ils sont en sécurité, qu'ils ne seront pas rejetés. En somme, le premier temps de la réhabilitation apparaît nécessairement

¹⁴ Perla SERFATY-GARZON, *Chez-soi : les territoires de l'intimité*, op. cit.

¹⁵ François RICHARD et Steven WAINRIB (dir.) *La subjectivation*, Paris, Dunod, 2006.

être un temps où l'institution s'adapte à ses usagers et non l'inverse, où le principe qu'elle renvoie à ses usagers est que cette place peut être la leur s'ils le souhaitent.

C'est sur la base d'un lien sécurisant avec d'autres personnes, puis avec des pairs que le sujet peut reprendre confiance en sa capacité à participer positivement à la communauté, et exprimer au mieux ses habiletés psychosociales.

Le parcours de monsieur B est caractérisé par des séparations et des ruptures : parentale dans l'enfance, familiale à l'adolescence, géographique avec des départs par différentes régions sans retour, sentimentales et sociales comme jeune adulte et enfin psychiques avec des décompensations sur un mode anxio-délinquant mal précisé. Il rencontre des psychologues dans le cadre d'institutions médico-sociales et associatives ayant un rôle d'assistance et éventuellement de réinsertion.

Cliniquement, ses difficultés relationnelles (ou même d'établir un contact) et son recours à des attitudes de prestance adolescente sur le mode du « petit délinquant » font questionner le diagnostic, et une éventuelle tendance psychopathique. Dans tous les cas, les services de psychiatrie indiquent qu'il n'est pas à sa place chez eux, et que jusqu'à présent il n'a pas été incarcéré. Certains partenaires sociaux montrent alors leur perplexité quant à ce qui pourrait être proposé à ce jeune homme, et où se trouverait sa place.

La mise en place d'un soutien psychologique, dans le cadre d'une association soutenant des démarches d'insertion, révèle une ambivalence entre avidité du lien et découragement face aux difficultés de créer un lien positif. Ils traduisent la crainte massive et incapacitante du rejet ou de la malveillance.

Monsieur B oscille alors entre une présentation infantile, induisant des velléités éducatives, et des manifestations inquiétantes. Il fait craindre aux professionnels la mise en danger de lui-même, le passage à des actes hétéro-agressifs ou encore la dégradation des locaux institutionnels. Quel que soit le lieu, il semble inadapté, et de ne pas pouvoir être « contenu ». Ce jeune homme semble représenter une menace pour lui-même ou pour les autres du fait qu'il ne parvient pas à répondre aux attentes, parfois limitées. Il ne semble pas vouloir rester sur place et semble être toujours de passage dans les hébergements qui lui sont proposés, où il ne défait pas son sac. La prise en charge globale apparaît ainsi dans un premier temps inutile, voire dangereuse.

Après une longue période de test de la fiabilité et de la bienveillance du psychologue, le travail clinique s'est engagé autour de l'image de soi instable et des conduites autodestructrices qui l'accompagnent.

L'accompagnement global a donc progressivement permis à monsieur B d'accéder à l'expression de ses besoins affectifs, grâce à la reconversion de la haine de soi – déguisée en rejet social et en choix de la marginalité – au travers de capacités sublimatoires¹⁶ inattendues au sein d'un collectif musical de quartier.

Ce retournement et sa nature, face à un patient qui laissait les différents types de professionnels présents dans l'éventail médico-social perplexes, ont exigé la suspension provisoire des logiques de « places » des organismes partenaires.

Le changement de dynamique a été induit par la solidarité d'une « communauté » soignante et son appui plus ou moins explicite à monsieur B, parallèlement à la juste évaluation des motifs réglementaires d'exclusion qu'il prétendait présenter régulièrement. Il apparaît ainsi que c'est par la continuité offerte par cette communauté que ce patient a pu réapprendre à se constituer son chez lui.

Le sentiment d'appartenance à une communauté conditionne la possibilité pour un sujet d'habiter un lieu. Quand des fragilisations constitutionnelles ou dépendantes d'un parcours d'exclusion ont altéré la continuité du lien aux autres, c'est par la fiabilité d'un environnement relationnel que peuvent se reconstituer les capacités d'ancrage.

Conclusion

Avoir un habitat qui ne soit pas précaire est clairement un facteur majeur de santé mentale, mais inversement la possibilité de l'habitat est consubstantielle d'une bonne santé psychique. Le sentiment de sécurité le plus fondamental dépend de la capacité de sentir la différence entre le soi et les autres, entre l'intérieur/le chez soi et l'extérieur/l'avec les autres. L'éventail des dispositifs de soins désignés usuellement comme « lieux de vie » permet ainsi de montrer la correspondance entre la stabilité psychique des personnes et leur capacité de vivre de manière autonome.

La manière dont un sujet s'approprie activement son environnement, sa capacité de le faire de façon pérenne, est ainsi un élément déterminant dans une approche évaluative des capacités de réinsertion, mais également une indication de premier ordre sur le plan diagnostic. Cette capacité peut être perturbée de manière très profonde, ce qui remet en question la simple possibilité de vivre de manière

¹⁶ La sublimation est un mécanisme psychique permettant la reconversion de tensions internes en création d'objets valorisés socialement, notamment dans le champ artistique.

continue dans un lieu sans se sentir assailli d'angoisses destructrices. Mais les situations mixtes, dans lesquelles les situations de précarité se mêlent à des histoires de vie saturées de traumatismes, montrent la proximité de certains symptômes suscités par les stress environnementaux et psychiques.

Les différentes formes de troubles enseignent que la capacité d'habiter exige une stabilité de l'identité du sujet. Les établissements destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques ont ainsi souvent comme premier objectif d'offrir un « chez-soi » à leurs patients, au sens d'un espace de constitution d'une identité. Il apparaît ainsi que les modalités selon lesquelles un sujet peut habiter dans un lieu reflètent le degré de structuration de sa personnalité. L'habitat apparaît ainsi également comme un étayage majeur des représentations de soi et de la capacité de projection dans des interactions sociales.

En dernier lieu, la possibilité d'habiter un lieu semble refléter la capacité de s'inscrire dans un tissu social et surtout dans une communauté humaine. Cette possibilité implique donc une appropriation active d'une place, mais aussi l'adaptation aux propriétés diversement favorables de son environnement. D'un point de vue subjectif, habiter dépend ainsi de la capacité de maintenir une identité stable dans le temps, au travers de laquelle se créent des relations (diversement symboliques et imaginaires) avec d'autres personnes constituant l'environnement affectif et social.

Encyclo

Revue de l'École doctorale ED 382

DOSSIER THÉMATIQUE : « HABITER, LIEUX DE VIE ET FAÇONS DE VIVRE »

Ninon DUBOURG, Delphine PIÉTU et Marija PODZOROVA

Habiter, lieux de vie et façons de vivre

DE L'INDIGENCE À L'EXCLUSION

Natalie CAMACHO MARIÑO

Rue, drogue et violence : la survie des jeunes habitants de la rue à Bogotá

Zacharia BANDAOGO

« Ouaga 2000 » : sa naissance, ses habitants et ses détracteurs (1996 à nos jours)

L'INDIVIDU ET LE LIEU DE VIE

Patricia CABIANCA GAZIRE

Habiter la ville, habiter le moi

Sami FREDJ

L'habitat comme reflet de la santé psychique

REVENDIQUER LES MODES DE VIE

Baptiste COLIN

Droit à la ville ? Une réalisation des squatteurs de la rue de l'Est (Paris, 1982)

Marija PODZOROVA

Habiter dans la peinture soviétique dans l'entre-deux-guerres

VARIA

Mariano di PASQUALE

Circulation du savoir médical et politique à Buenos Aires (1820-1852)

RÉSUMÉS DE THÈSE

Carolina MARTINEZ

Mondes parfaits et étrangers dans les confins de l'Orbis Terrarum. Utopie, expansion transocéanique et altérité (xvi^e-xviii^e siècles)

Sylvain MUSINDE SANGWA

Parenté et patrimoine foncier chez les Bena Mambwe de la République démocratique du Congo. La réappropriation de la dépouille de l'épouse par son lignage

Géraldine BARRON-FORTIER

Entre tradition et innovation : itinéraire d'un marin, Edmond Pâris (1806-1960)

Matias Emiliano CASAS

Les métamorphoses du gaucho. De la poésie épique à la tradition nationale (1930-1960)

COMPTE RENDU DE LECTURE

Christiane DEMEULENAERE-DOUYÈRE et Liliane HILAIRE-PÉREZ (dir.)

Les expositions universelles. Les identités au défi de la modernité, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014 (Géraldine BARRON-FORTIER)

